

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

N^o 285

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Samuel ZBAR

Né le 15 Juin 1902, à Luck (Pologne)

LES RELATIONS

DE LA

GLOSSITE EXFOLIATRICE MARGINÉE

avec l'état dyspeptique

Président de Thèse : M. LOEPER

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1933

ANNÉE 1933

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Samuel ZBAR

Né le 15 Juin 1902, à Luck (Pologne)

LES RELATIONS

DE LA

GLOSSITE EXFOLIATRICE MARGINÉE
avec l'état dyspeptique

Président de Thèse : M. LOEPER

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

1. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Ce modeste témoignage de reconnaissance pour les sacrifices qu'elle n'a cessé de faire pour moi.

A MA FIANCEE ET SES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MES FRERES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

Meis et Amicis

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur M. LÆPER

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette Thèse et nous a fait le
grand honneur de la présider.
Témoignage d'admiration et de
profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur L. BORY

ANCIEN-CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ A L'HÔPITAL
SAINT-LOUIS

*Qui a bien voulu nous guider de
ses conseils précieux.*

*Notre reconnaissance et nos
remerciements.*

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris
et de l'Ecole de Médecine de Plein Exercice de
Clermont-Ferrand.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur CASTAIGNE;

Monsieur le Professeur LE PETIT (*in memoriam*);

Monsieur le Professeur MOUREYRE (*in memoriam*);

Monsieur le Professeur DIONIS DU SEJOUR;

Monsieur le Professeur PIOLLET;

Monsieur le Professeur MERLE;

Monsieur le Professeur TESSIER (*in memoriam*);

Monsieur le Professeur GUILLAIN;

Monsieur le Docteur DEVRAINE;

Monsieur le Docteur LOUSTE;

Monsieur le Professeur SEBILEAU;

Monsieur le Professeur CLAUDE;

Monsieur le Professeur TERRIEN;

Monsieur le Professeur LEGUEU.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Lœper un cas de glossite exfoliatrice marginée.

Sur le conseil de M. le Professeur Lœper nous avons voulu reprendre l'étude de cette affection assez peu connue, à laquelle chaque auteur a donné une dénomination différente et attribué une étiologie et une pathogénie nouvelles.

Nous voudrions pouvoir montrer ici ses relations avec l'état dyspeptique ou l'état de gastrite et l'hyper-sensibilité alimentaire de certains individus.

HISTORIQUE

Rayer, en 1831, a exposé le premier une affection analogue dans son traité des maladies de la peau, sous le nom de Pityriasis Lingual. Quelques lignes seulement servent à la définir.

Møller, de Koenigsberg, en 1851, décrit sous le nom d'Excoriation Linguale et note la même coïncidence avec le tœnia.

Betz de Heilbronn, en 1853, décrit comme Rayer le Pityriasis Lingual.

En 1854, Santlus décrit dans un journal de maladies des enfants sous le nom de l'Intertrigo Lingual (Zungerfratt).

Bergeron, en 1864, dit à la Société médicale des hôpitaux, qu'il a observé depuis plusieurs années cet aspect singulier de la langue : dessins à contours irréguliers de la langue, semblables à des cartes géographiques, qui se montrent sur la langue, mais il ignore la signification séméiologique et qu'il a vu chez des sujets convalescents et chez des sujets valides.

Gubler, en 1869, consacre une page à la description de l'état lichenoïde de la langue. Après avoir fait remarquer qu'il lui donne ce nom, afin de ne rien

préjuger de sa nature étiologique, et pour rappeler son analogie d'aspect avec le thallus centrifuge des lichens crustacés appartenant aux genres *Lepra*, etc., il conclut, malgré ses résultats, négatifs, à la présence d'un mycoderme ou d'un parasite spécial.

Bridou, en 1872, est le premier qui aborde le sujet d'une façon un peu complète et décrit la lésion sous le nom d'Affection innommée de la muqueuse linguale, il fait un bon exposé des symptômes, et dans ses conclusions il hasarde la nouvelle dénomination d'état tigré de la langue.

Alibert, de Toulouse, en 1875, signale la desquamation épithéliale de la langue, comme un symptôme assez constant de la syphilis, à la période secondaire.

En 1878, Gautier, à qui nous devons un mémoire sur la desquamation épithéliale de la langue, établit un rapprochement entre l'exfoliation de la muqueuse utérine et la desquamation épithéliale. Il distingue trois formes à l'affection qu'il décrit :

Une première à découpures nettes;

La seconde est la desquamation linguale à contours festonnés et la troisième le lichenoïde lingual.

La description de cette troisième forme est empruntée au mémoire de Vanlair, Gautier ne l'ayant jamais rencontrée.

Comme le fait remarquer Parrot dans une lettre à Vanlair, la lésion qu'il décrit et dont il fait en quelque sorte la base de sa monographie ou tout au moins de ses recherches histologiques diffère de l'affection décrite par Bridou et Parrot par des particularités

importantes, et si elle a avec elle quelques traits de ressemblance, il n'y a à cela rien de surprenant puisqu'il s'agit de part et d'autre d'une desquamation linguale.

Gaspary, en 1880, dans un discours tenu à la Société de thérapeutique scientifique de Königsberg, décrit les plaques fugitives bénignes de la muqueuse linguale. Gaspary donne une planche en chromo-lithographie de la lésion et la décrit sur la face inférieure de la langue.

En 1881, Parrot fait une clinique, à l'Hôpital des Enfants, sur la Syphilis desquamative de la langue et s'efforce de justifier l'origine syphilitique.

La même année, mais plus tard que Parrot, Unna décrit la desquamation en aires de la langue, qu'il rapproche d'une exfoliation circulaire de la paume de la main en vertu d'idées hypothétiques sur la cause (trophonévrose).

Fournier, en 1882, dans sa leçon clinique disait : « Après beaucoup d'hésitations sur la dénomination à donner à la maladie, j'ai fini par m'arrêter à celle de Glossite exfoliatrice marginée. » « Ces deux derniers qualificatifs me paraissent justifiés, en ce qu'ils traduisent les deux attributs majeurs de la maladie (exfoliation et liseré marginal), sans rien préjuger de sa nature réelle, nature qui du reste est encore bien loin d'être déterminée. »

Lemonnier, en 1883, est le premier qui aborde le sujet d'une façon très complète et décrit la lésion sous le nom de Glossite exfoliatrice marginée, et dans ses

conclusions sur l'étiologie il dit : « Si la syphilis héréditaire y entre pour quelque chose, on ne peut l'invoquer dans la majorité des cas. » « Cette glossite exfoliatrice est essentiellement bénigne, puisqu'on ne l'a jamais vue dégénérer en une maladie plus grave, même à un âge avancé, et malgré des causes irritantes persistantes et une absence complète de traitement. »

Guinon, en 1887, prétend à une affection dentaire, et fait les recherches histologiques.

Besnier, en 1889, dans une réunion à l'hôpital Saint-Louis présente une malade et nomme les lésions eczéma en aires ou marginé desquamatif de la langue.

Comby, en 1892, décrit la desquamation linguale et s'oppose à l'origine syphilitique, il dit : « Peut-être la maladie est-elle parasitaire, comme la perloche et le muguet; c'est un point à éclaircir. »

Et dans le traitement il conseille de veiller à la propreté de la bouche et au bon fonctionnement des voies digestives.

Gastou, en 1894, décrit deux cas de glossite exfoliatrice marginée.

En 1897, Du Castel présente à la Société une femme de 25 ans, qui depuis son enfance est porteur d'une glossite exfoliatrice marginée. Cette malade n'était pas une hérédo-syphilitique et elle a contracté la syphilis il y a quelques années.

Bohm, en 1899, comme Guinon, suppose à une affection dentaire.

Beurmann et Ramond, en 1902, présentent à la Société une malade sous le nom de Glossite exfolatrice

marginée ambulante. Barthélémy, à la même séance de la Société dit : « Que le terrain neuro-arthritique est une cause prédisposante, et la cause favorisant la plus active réside dans des fermentations gastro-intestinales et dans la permanence d'une acidité spéciale du milieu buccal.

Gaucher, en 1905, décrit trois cas de glossite exfoliatrice marginée et son étiologie syphilitique.

Brocq, dans *Dermatologie Pratique*, décrit cette maladie sous le nom de Desquamation marginée aberrante de la langue.

Lévy-Franckel et Juster, en 1922, présentent à la Société quelques observations sous le titre : Le système sympathique et les glandes endocrines dans la glossite exfoliatrice marginée.

Marschik, en 1924, décrit un cas sous le nom Langue géographique (Fall von Lingua geographica), et après von Czerny considère comme l'une des manifestations possibles de la diathèse exsudative.

Rimé, en 1926, décrit la glossite exfoliatrice marginée et pense à une affection streptococcique.

Desaux, en 1931, croit que les glossites desquamatives en aires succèdent à un choc hémoclasique d'une importance déterminée et que cette affection est liée au faisceau des maladies de sensibilisation.

SYNONYMIE

Pityriasis lingual (Rayer, Betz).

Excoriations chroniques de la langue (Moeller).

Intertrigo lingual, Zungerfratt (Santlus).

Langue en carte de géographie. Langue géographique (Bergeron).

Etat lichénoïde lingual (Gubler).

Etat tigré de la langue (Bridou).

Circulus annulus migrans, Prurigo lingual (Barker).

Wandering rash (Barker, Butlin).

Lichénoïde lingual (Vanlair).

Plaques fugitives bénignes de la muqueuse linguale (Gaspary).

Syphilide desquamative de la langue (Parrot).

Desquamation épithéliale de la langue (Gautier).

Exfoliations en aires de la langue (Unna).

Excoriations superficielles de la langue (de Hach).

Glossite exfoliatrice marginée (Fournier, Lemonnier).

Eruption circinée de la langue (Colcott-Fox).

Eczéma en aires ou marginé desquamatif de la langue (Besnier).

Glossite chronique squameuse (Pick).

Glossite exfoliatrice marginée ambulante (Beurmann, Ramond).

Glossite areata cronica (C. Calderone).

Desquamation marginée aberrante de la langue (Brocq).

SYMPTOMATOLOGIE

Cette affection débute soit vers la pointe, soit vers les bords de la langue, tantôt par une petite tache blanchâtre arrondie dont le centre offre une sorte de dépression, tandis que le reste de son étendue fait une fort légère saillie, tantôt par un arc de cercle minuscule, constitué par un petit bourrelet blanchâtre, dans la concavité duquel il semble que les papilles aient subi un certain processus desquamatif.

Assez rapidement, la lésion s'agrandit; si elle a débuté par un cercle, elle peut pendant quelque temps s'étaler régulièrement en formant une plaque arrondie ou ovalaire de grandeur variable; mais presque toujours, quand elle a acquis d'assez larges dimensions, elle ne s'étend que par une partie de sa circonférence, tandis que l'autre disparaît. Quel qu'ait été son mode de début, elle se caractérise donc presque à sa période d'état par des plaques desquamées irrégulières, limitées du côté où elles s'étendent par des sortes des festons décrivant des capricieuses arabesques.

Ces plaques sont fort souvent ovalaires, à grand axe longitudinal, à petit axe transversal : à leur ni-

veau, la couche supérieure de l'épithélium lingual paraît manquer en partie ou même en totalité, de telle sorte que les papilles de la langue semblent être exfoliées; les papilles fongiformes font des saillies très visibles. La muqueuse est d'un rose assez vif et est recouverte d'un épiderme lisse, luisant, brillant quand on tend les parties atteintes. Cet état est surtout prononcé tout à côté du bourrelet périphérique d'extension où la rougeur est assez vive sur une étendue minime : à mesure qu'on s'en éloigne la rougeur diminue et la desquamation est moins prononcée. Ces transitions se font d'une manière insensible jusqu'à l'état sain.

Ces plaques sont limitées du côté par où elles progressent par un bord assez net, sinueux, qui dans les éléments les plus petits et les plus récents peut, comme nous l'avons vu plus haut, décrire une circonférence ou un ovale réguliers, mais qui forme le plus souvent des cercles incomplets, des circinations, des festons par extension d'une même plaque ou par réunion de deux ou plusieurs plaques voisines.

Cette sorte de liseré est constitué par une petite bordure d'un blanc mat, presque toujours argentée, plus rarement d'un blanc jaunâtre ou franchement jaune de 1 à 2 millimètres de large, dont la limite externe convexe est très nette et dont la limite interne concave qui est située vers la plaque dépapillée est moins régulière. A un examen attentif ce liseré semble être formé par une série de petits éléments blanchâtres, arrondis, assez semblables à des papilles dont le revê-

tement épithélial serait hypertrophié, rangés linéairement les uns à côté des autres.

A la vue, il semble faire une saillie assez notable au-dessus des parties voisines; mais au toucher il est facile de se convaincre que ce relief est à peine réel. La substance blanchâtre qui le caractérise est fort adhérente aux parties sous-jacentes; il est très difficile de l'enlever par le raclage.

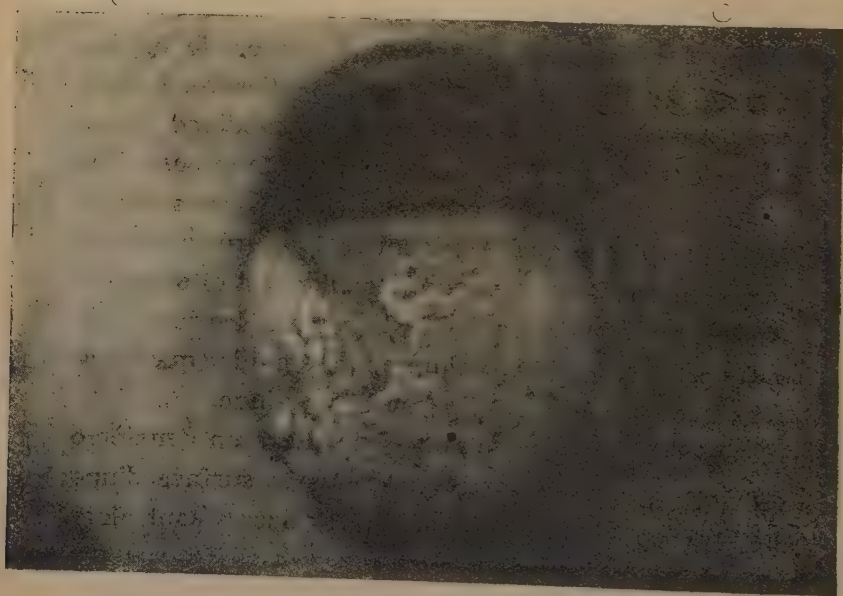
On a remarqué qu'à mesure qu'elles grandissent, les plaques (et par suite de la convexité des circinations périphériques) ont de la tendance à se porter vers la ligne médiane et vers la partie postérieure de la langue, tandis que leur concavité est tournée vers les bords ou vers la pointe de l'organe.

Quand la plaque est arrivée jusqu'à la ligne médiane, elle peut s'arrêter dans sa marche extensive, la bordure s'affaisse peu à peu; sa coloration, d'un blanc mat, s'efface; la rougeur de la partie interne desquamée pâlit, et tout rentre dans l'ordre. Parfois aussi, la plaque franchit cette ligne médiane, ou se réunit à une autre plaque venue du côté opposé. Une plaque peut aussi s'effacer et disparaître sans atteindre la ligne médiane. Assez souvent elle récidive sans cesse en une même région. Le diagnostic, dans ces phases de début et de disparition peut être fort difficile, car on n'a souvent alors pour se guider que quelques vestiges de l'éruption caractéristique.

Dans certains cas, on voit se produire un deuxième liseré concentrique au premier sur la surface d'une plaque en activité. D'ordinaire, ces liserés sont alors



Hôpital Saint-Louis. D^r Brocq, desquamation aberrante en aires. Fillette 5 ans



Hôpital Saint-Louis. D^r Brocq, desquamation aberrante en aires. Femme 37 ans

séparés par un intervalle qui varie de 5 à 15 millimètres; on a vu jusqu'à trois circinations concentriques.

Un seul côté de la langue peut être atteint; la maladie y reste limitée ou gagne ensuite l'autre moitié, parfois l'affection débute simultanément ou successivement de deux côtés de l'organe; elle peut même gagner sa face inférieure.

Les plaques sont uniques ou multiples, quelques-unes n'évoluent que fort peu et avortent pour ainsi dire; d'autres prennent un grand développement, et parcourent presque toute l'étendue de la muqueuse avant de s'éteindre. A cet égard on peut observer toutes les variétés possibles suivant les phases de l'affection chez un même sujet.

Un des caractères les plus importants de cette maladie est sa mobilité. Les plaques sont en évolution constante; leur aspect varie complètement en quelques jours; quand on en suit la marche avec des tracés graphiques, il est souvent facile de noter chez elles des déformations et des déplacements journaliers. Aussi l'épithète d'aberrante (*Wandering*) nous paraît nécessaire pour caractériser le processus.

Dans les cas types et non compliqués, les symptômes subjectifs sont nuls ou à peu près nuls. La plupart des sujets qui sont atteints de cette affection ne sont avertis de son existence par aucune douleur, par aucune sensibilité anormale, par aucun trouble fonctionnel, pas même par de la salivation ou de la fétidité de l'haleine.



Hôpital Saint-Louis. D^r Brocq, glossite exfoliatrice marginée. Femme 24 ans



Hôpital Saint-Louis. D^r Chompret, glossite exfoliatrice marginée. Homme 22 ans

On a dit que la sensibilité gustative était peut-être un peu plus développée aux points affectés. Parfois la muqueuse y est un peu plus sensible aux contacts irritants; on a même signalé du prurit et de la salivation. Mais lorsque ces légères modifications existent, elles sont pour ainsi dire imperceptibles. On a distingué plusieurs variétés de desquamation marginée aberrante de la langue : mais nous avouons ne pas avoir toujours trouvé fort nettes les descriptions que les divers auteurs en ont donné. Nous ne conservons que les trois types suivants :

I. La variété commune ou typique que nous venons de décrire;

II. Une deuxième variété dans laquelle le liseré est à peine appréciable; on a voulu en faire une forme à part; mais on a remarqué (Mibelli) que des plaques typiques à bourrelet blanc, saillant et épais, peuvent changer d'aspect et prendre la forme de plaques à contours nets, sans la moindre bordure;

III. Guinon a fait connaître une troisième variété qui « consiste en simple amincissement épithélial, sans limites nettes, sans bords saillants; la plaque est unique et occupe la ligne médiane de la face dorsale de la langue; la lésion est surtout marquée au centre; elle disparaît en quelques jours ».

Dans les états plissés ou fissuraires de la langue, on observe fréquemment de petits éléments blanchâtres rangés linéairement le long du rebord des fissures, semblant parfois entourer la base des papilles fongiformes, et que l'on a une certaine tendance à

rattacher à la desquamation marginée aberrante. Cependant ils en diffèrent par l'absence de desquamation.

PRONOSTIC

Rien de plus capricieux que la marche de la glosite exfoliatrice marginée. Chez les enfants elle semble se terminer fort souvent par la guérison à partir de l'âge de cinq ou six ans. Chez les adultes, il est impossible de lui assigner une durée quelconque. Par contre, ce qu'on peut affirmer sans crainte d'être démenti par les événements, c'est son extrême bénignité. Nous avons vu qu'elle ne s'accompagne pour ainsi dire pas des troubles fonctionnels; l'inverse de leucoplasies, elle ne se complique jamais d'épithéliome.

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic est basé sur :

1. L'exfoliation linguale;
2. Le bourrelet périphérique arrondi ou en arcades multiples;
3. La mobilité d'un jour à l'autre, ou au moins d'une semaine à l'autre;
4. La transition presque imperceptible des diverses couleurs de la langue, depuis le rouge des parties desquamées jusqu'à la couleur normale de la muqueuse;
5. La fréquence de la langue scrotale et fissurique.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les réflexions qui précèdent nous permettent d'être brefs au point de vue des caractères différentiels qui permettent de diagnostiquer la desquamation marginée aberrante de la langue de l'eczéma vrai; dans

cette dernière affection la muqueuse est rouge, parfois un peu sèche, parfois très enflammée, tuméfiée, fort douloureuse, les troubles fonctionnels sont des plus marqués.

Le *Psoriasis* vrai de la langue n'a jamais été observé; les diverses variétés de leucoplasie diffèrent de l'affection qui nous occupe par leur fixité, leur aspect blanc, nacré, l'absence de tout liseré blanchâtre d'envahissement.

Le *Muguet* s'en distingue par la facilité avec laquelle l'enduit blanchâtre se détache, et par l'examen microscopique, qui décèle immédiatement les spores et la mycelium de l'oïdium.

Le *Lichen Plan* se caractérise par des plaques blanches, ou par des tractus blanchâtres fixes, sans liseré, et par la coïncidence d'autres éruptions buccales et cutanées.

Les *plaques muqueuses* (syphilides érosives de la langue) sont arrondies ou ovalaires, parfois irrégulières, mais sans liseré périphérique; leur fond est blanchâtre ou rosé, souvent exulcéré; elles causent une certaine gêne, et sont même assez souvent douloureuses; elles siègent surtout vers les bords de l'organe.

Les *plaques syphilitiques lisses* du Professeur Fournier (fauchées en praïaie du Professeur Cornil, disques de desquamation de Mauriac) peuvent être fort difficiles à distinguer de formes avortées de la maladie que nous étudions. Elles siègent en effet sur la face dorsale de la langue, parfois elles sont petites, arrondies ou ovalaires, parfois elles occupent de vas-

tes surfaces. La teinte de la muqueuse à leur niveau est d'un rouge rosé ou d'un rouge vif, elle y est lisse, polie, comme vernie, dépouillée de son épithélium, mais non exulcérée. C'est une alopécie de la langue (Mauriac). Leur plus grande fixité, les commémoratifs et les phénomènes concomitants permettront le plus souvent de préciser le diagnostic. Il en est de même pour les glossites syphilitiques scléreuses superficielles qui débutent par une sorte de dépapillation de la langue; la fixité des lésions, leur siège de prédilection vers les bords de l'organe, la rougeur de la muqueuse, sa sensibilité, très souvent un commencement d'induration parcheminée les feront reconnaître.

La *Langue montagneuse* du Professeur Fournier (langue scrotale de Lyonnais) est une disposition congénitale de l'organe qui est parcouru de sillons sinueux très profonds s'entrecroisant en tous sens : la muqueuse est souvent rosée, comme desquamée et hérissée de papilles fungiformes qui semblent faire des saillies beaucoup plus considérables qu'à l'état normal. Des lésions analogues à celles de la desquamation marginée aberrante peuvent s'observer chez des individus porteurs de langue scrotale.

Dans la *Glossite des cachectiques* et dans celle des *convalescents*, il n'y a point de liseré blanchâtre; la langue présente des plaques plus ou moins considérables, d'un rose plus ou moins vif, lisses au toucher et à la vue, sans la moindre saillie papillaire.

D'après Butlin, il est fort difficile de distinguer la

desquamation marginée aberrante des plaques lisses (Bald-Chauves) circonscrites, sans réaction inflammatoire que l'on rencontre parfois sur la langue des enfants ou des adultes; le seul caractère différentiel consiste dans l'absence de liseré.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Professeur Loeper

L. L., 36 ans, sergent-major pendant la guerre.

Glossite marginée récidivante bien antérieure à la guerre. Ne pouvant être attribuée à cette époque à une alimentation défectueuse, pourtant semblant s'être surtout développée depuis le régime très carné de l'armée.

Peu de troubles gastriques, sinon quelques sensations brûlantes tardives, que le malade attribue à l'hyperchlorhydrie.

Pas de syphilis.

A l'examen radioscopique rien.

A l'examen chimique 80 cc. de liquide à jeun, assez acide et renfermant de nombreuses cellules épithéliales de l'estomac.

On n'a pas pratiqué la dermoréaction. La glossite s'améliore ou plutôt les crises s'espacèrent par le régime de l'hôpital, mais elles reprennent de plus belle ultérieurement.

Le malade avait eu assez souvent de l'urticaire et des diarrhées alimentaires.

L'observation a été déjà rappelée dans un travail sur la gastrite desquamative du soldat.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Professeur Loeper

Femme de 40 ans, Mme M., venue consulter en avril 1930 pour un glossite récidivante. A l'examen de la langue, glossite marginée typique, plus étendue à droite qu'à gauche avec, sur le territoire resté sain une zone dépapillée arrondie de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Pas de lésion buccale.

Pas de troubles salivaires.

Pas de lésion importante de la dentition.

La glossite apparaît tous les mois ou toutes les six semaines, sans régularité; elle persiste 8 jours environ, s'atténue, ne disparaît pas complètement, et reparaît.

Presque toujours elle suit une phase de 2 ou 3 jours de troubles digestifs, brûlures œsophagiennes et gastriques précoces, et parfois persistants, sans vomissements, et même de quelques troubles diarrhéiques qui contrastent avec la constipation habituelle.

Dans certaines périodes, la glossite paraît alterner

avec les brûlures. Mais elle leur est plutôt contemporaine. Il n'y a pas de fièvre.

Le foie est peu sensible mais il n'y a pas d'ictère.

Et jamais il n'a été possible de constater dans la bouche autre chose que quelques éléments spirillaires.

A deux reprises la crise apparut sous l'influence indiscutable, une fois d'un excès de pâtisseries, une autre fois de poisson.

L'examen gastrique au cours de la crise ne montre aucune acidité.

Chimisme subnormal.

Mais au microscope le liquide de lavage est extrêmement chargé de cellules épithéliales desquamées, avec d'assez rares polynucléaires et quelques cellules pavimenteuses rondes de l'œsophage ou polygonales de la bouche. Cet examen rappelle les gastrites exfoliantes.

Une intradermoréaction à la peptone à 50 % fut extrêmement positive; une autre au lait dilué au 10^e provoqua une réaction érythémateuse assez étendue.

OBSERVATION III

*Due à l'obligeance de M. le Docteur Bory,
Ancien Chef de Clinique de la Faculté
à l'Hôpital Saint-Louis*

Glossite exfoliatrice marginée sur la langue fissurique congénitale.

Mme S... Vue en 1922. L'affection date à ce moment de trois ans au moins. En réalité son début paraît antérieur et impossible à préciser; mais c'est depuis trois ans surtout qu'elle a été légèrement incommodée par sa desquamation linguale, exacerbée, sinon provoquée, par un séjour de trois ans aux Philippines, où l'alimentation est très défectueuse, et surtout composée de conserves.

Actuellement : glossite en aires, marginée, typique, névrodermite prurigineuse de la lèvre supérieure. Pression artérielle au Pachon : 14/6. Enceinte de trois mois.

Opérée il y a deux ans d'appendicite.

Ictère il y a un an, par rétention.

Dilatation d'estomac. Langue fissurique congénitale.

OBSERVATION IV

*Due à l'obligeance de M. le Docteur Levy-Franckel,
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis*

Mme Vve Ambr. Marie, 56 ans.

Entre le 12-3-1924, Salle Nelaton (Serv. du Docteur P.-E. Veil) avec un ictère franc, très foncé.

Grosse vésicule biliaire.

Glossite exfoliatrice marginée du côté droit de la langue.

OBSERVATION V

*Due à l'obligeance de M. le Docteur Levy-Franckel,
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis*

M. Duv... Albert, 50 ans.

Entre le 31-10-1923, Salle Montyon, avec une ascite de 5 à 6 litres, liquide citrin et de l'ictère.

Ethylisme.

B. W. négatif.

Après ponction : hypertrophie du foie.

Glossite exfoliatrice marginée.

OBSERVATION VI

*Due à l'obligeance de M. le Docteur Levy-Franckel,
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis*

Maitz Léon, 27 ans.

Entre le 29-6-24, Salle Lorain, pour rhumatisme articulaire aigu franc.

Glossite exfoliatrice marginée, qui daterait de la première crise de rhumatisme.

Hypertrichose thoraco-abdominale.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Mme M..., âgée de 50 ans, est entrée à l'hôpital pour polynévrite alcoolique.

Quelques mois après sa naissance les parents se sont aperçus des lésions sur sa langue. Depuis, jusqu'à l'âge de 6 ans, elle était soignée pour des troubles gastriques et diarrhée. Les lésions linguales disparaissent et apparaissent de temps en temps.

La malade fait attention à sa nourriture et ne mange pas certains aliments (en particulier : salades, haricots, choucroute, bouillon gras) car aussitôt qu'elle a mangé un de ces aliments, elle a la diarrhée et les lésions de la langue apparaissent.

Les lésions ne sont pas douloureuses.

Pas d'adénopathie.

B. W. est négatif.

Hécht est négatif.

La malade a trois enfants, qui n'ont rien, ainsi que personne dans sa famille, ni son mari.

Nous avons fait une intradermoréaction à la pep-tone à 50 % qui était négative.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Mme B..., âgée de 42 ans, est entrée à l'hôpital pour insuffisance mitrale.

En regardant sa langue, nous constatons les signes de la glossite exfoliatrice marginée, typique du côté droit.

Cette affection de la langue est survenue aux dires

de la malade, il y a environ six à sept ans, à la suite d'entérite.

La malade a une fille de 9 ans, qui se porte très bien. L'enfant a été nourrie au sein, et sa langue ne présente actuellement rien d'anormal.

Peu de temps après l'accouchement, la malade a eu des fortes émotions et elle a commencée à souffrir d'entérite, à la suite de quoi elle s'est aperçue des lésions de la langue. Elle badigeonne la langue avec une préparation à la base du miel et les lésions disparaissent petit à petit. Aussitôt qu'elle mange des aliments épicés elle souffre d'entérite et les lésions à la langue apparaissent et augmentent.

En général les nouveaux éléments apparaissent tous les mois ou tous les deux mois sans régularité, à côté des lésions préexistantes un peu en avant ou plus sur la ligne médiane.

Les lésions persistent pendant 8 à 10 jours environ, s'atténuent mais ne disparaissent pas complètement.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Il n'y a rien dans l'hérédité : ni ses parents, ni frères, ni sœurs n'avaient pas des lésions de la langue.

Pas de syphilis.

Nous avons voulu faire une intradermoréaction à la péptone pour rechercher la sensibilité, mais vu l'état grave de la malade, nous étions obligé d'y renoncer.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

M. Jean D..., âgé de 39 ans, vient consulter pour démangeaisons. On diagnostique la gale.

Le côté gauche de la langue présente des lésions typiques de la glossite exfoliatrice marginée, qui a débuté il y a huit ans.

Le malade était sujet aux crises d'hyperchlorhydrie.

Pas d'antécédents, sauf quelques maladies dans son enfance.

Depuis son service militaire, il fume 25 à 30 cigarettes par jour et prend trois litres environ de vin rouge ou blanc, et de temps en temps les apéritifs.

Il y a huit ans il a commencé à souffrir des troubles gastriques. Le médecin de famille a constaté une hyperchlorhydrie. A chaque poussée d'hyperchlorhydrie apparaissent les lésions de la langue, elles subsistent durant toute la crise.

Avec le régime les lésions s'atténuent.

Ces lésions réapparaissent chaque fois que le malade présente des troubles gastriques.

Sa femme et ses deux enfants sont bien portants.

Pas d'adénopathie.

Pas de syphilis avouée.

B. W. a été négatif, il y a sept ou huit ans.

Pas de malformations de la langue.

Nous n'avons pu obtenir du malade l'autorisation de faire une intradermoréaction.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les recherches histologiques de Guinon ont démontré, que le derme ne présente dans cette affection aucune altération appréciable.

L'épithélium ne disparaît jamais complètement et forme toujours au moins une couche mince au sommet des papilles. Pour Mibelli, il n'y a pas d'altération constante des cellules épithéliales. Guinon a trouvé dans le produit du raclage du liseré à côté des cellules épithéliales déformées et granuleuses, de nombreuses cellules normales. Malgré toutes les recherches entreprises jusqu'à ce jour, on n'a pu découvrir de parasite spécial.

En réalité il s'agit de recherches anciennes qui mériteraient d'être reprises.

La relation due à M. Gastou et qui note clairement des lésions vraiment importantes, montre l'intérêt qu'il y aurait à instituer de nouvelles recherches histologiques, pour confirmer ou compléter la description donnée par ce dernier auteur.

Peut-être la constance d'une lésion telle que les abcès miliaires pourrait servir à établir une comparaison entre les leucopédèses gastriques du Professeur

Loeper et cette lecopédèse linguale qui caractériserait la glossite marginée et laisserait soupçonner aussi une communauté d'origine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, PAR M. GASTOU

Une biopsie a été faite comprenant à la fois le liseré blanchâtre et, de chaque côté, les parties érythémateuses. Fixation au Muller. Coloration : colorants acides et basiques, picro-carmin, hématoxyline, éosine, Van Gieson, Kühne et Gram.

Chaque coupe a un faible grossissement, présente sur sa limite épidermique deux parties distinctes :

Dans l'une, l'épiderme a subi une prolifération, un développement considérable;

Dans l'autre, au contraire, il a eu partie disparu.

Le premier aspect correspond au liseré blanchâtre, exfoliant, marginé.

Le deuxième aspect est celui de la langue au voisinage du liseré.

L'exfoliation clinique correspond histologiquement à une prolifération épidermique, à une hyperkératose intense, les feuilletés cornés sont très épaissis, formant des stratifications superposées dans lesquelles les cellules ont des noyaux aplatis. Entre les lames cornées et le corps muqueux siègent des altérations, que des grossissements plus forts permettent de préciser.

Dans une grande partie de la région épidermique hypertrophiée, se voient de nombreuses cavités for-

mées par une vacuolisation intra-cellulaire qui, par confluence de plusieurs cellules, forment tantôt un état vésiculeux, tantôt de véritables aréoles; ces cavités sont pour la plupart comblées par des cellules à noyaux multiples du type polynucléaire. Il s'ensuit, que dans la région moyenne de l'épiderme se trouvent des nombreux abcès, soit étalés, occupant les mailles du réticulum vésiculeux, soit collectés en de minuscules abcès miliaires.

En un point surtout des coupes, point qui correspond probablement au sommet du liseré, l'infiltration l'encocytaire est totale, en même temps que l'épiderme a en ce point son maximum d'épaisseur.

Dans la région des abcès, les papilles et le derme sont peu infiltrés et ne présentent pas de lésions très caractéristiques, probablement par le fait que la biopsie n'a pu porter assez profondément.

Le deuxième aspect des coupes correspond aux points où la muqueuse est lisse. L'examen histologique y démontre l'absence complète de couche cornée et de couche moyenne. La zone de Malpighi est directement en contact avec l'extérieur et forme la limite des coupes sous forme de franges cellulaires, dont le protoplasma s'effile.

On n'y voit aucun abcès, aucune infiltration, mais un caractère spécial des papilles hypertrophiées en masses et soulevées par des dilatations vasculaires très marquées, qui semblent porter principalement sur les vaisseaux lymphatiques. L'infiltration des papilles est également à ce niveau peu marquée.

En résumé, les lésions ont trois caractères essentiels :

1. L'hyperkératose;
2. La vésiculation avec abcès miliaires;
3. La congestion vasculaire.

ETIOLOGIE

Depuis plus de cent ans que la glossite exfoliatrice marginée est connue et on reconnaît presque autant de causes diverses qu'il y a eu d'auteurs à la signaler.

Bergeron l'a vue se développer chez des sujets convalescents ou valides et suppose qu'elle ne se lie à aucune diathèse. Gubler prétend qu'elle se transmet aux descendants, note seulement la coïncidence avec des troubles dyspeptiques ou une certaine faiblesse de constitution, et conseille de rechercher le parasite malgré ses résultats négatifs.

Pour Moeller c'est la présence de vers intestinaux, surtout le tœnia. Pour Bridou, comme causes occasionnelles sinon originelles sont la faiblesse accidentelle ou constitutionnelle, ainsi que l'hérédité. La coexistence des troubles dyspeptiques est admise par Gubler, Bridou, Gaspary et Vanlair.

Pour Parrot une cause unique, entièrement spécifique est la syphilis héréditaire.

Fournier, au début, a supposé que la glossite exfoliatrice marginée est d'origine syphilitique, mais plus tard il a dit : « Ayant eu l'occasion d'observer d'autres

exemples absolument identiques sur des sujets non suspects de syphilis, que je fus forcément conduit à mettre en doute l'influence de la diathèse sur cette lésion. »

« Depuis lors, soit dans cet hôpital, soit en ville, j'ai rencontré plusieurs autres cas du même genre sur des sujets absolument indemnes de diathèse syphilitique; et j'ai pu de la sorte acquérir la conviction formelle que cette lésion, bien que se produisant occasionnellement sur des sujets syphilitiques, ne relève cependant pas de la syphilis. »

Les troubles nerveux et l'influence de la menstruation peuvent jouer un rôle plus ou moins important relativement au développement ou à l'évolution de la maladie, étaient signalés par Lemonnier et Gautier.

Guinon et Bohm prétendent à une affection dentaire. Comby dit « Peut-être la maladie est-elle parasitaire », mais il conseille de veiller à la propreté de la bouche et au bon fonctionnement des voies digestives.

Du Castel ne croit pas à l'origine hérédo-syphilitique, car la femme qu'il présentait avait depuis son enfance la glossite exfoliatrice marginée et plus tard elle a contracté la syphilis.

Levy-Franckel et Juster ont invoqué une origine endocrino-sympathique de l'affection. Pour eux, la conception de la glossite marginée, trouble vaso-moteurs, est seule capable d'expliquer l'allure si curieuse de cette affection aberrante, l'absence de toute lésion dermique ou épithéliale, les rapports avec le jeune âge

(époque d'évolution du thymus) et la vie génitale de la femme.

Pour Czerny et Marschik c'est l'une des manifestations possibles de la diathèse exsudative.

Pour Barthelemy, la cause favorisant la plus active réside dans des fermentations gastro-intestinales et dans la permanence d'une acidité spéciale du milieu buccal.

Pour Rimé la possibilité d'une affection atténuée, lente, peut-être streptococcique.

La glossite exfoliatrice marginée est beaucoup plus fréquente dans les premières années de la vie, que dans la seconde enfance et l'âge adulte. Elle se rencontrerait surtout dans les six premières années, et surtout de six mois à deux ans, époque de la première dentition.

Chez l'adulte elle coïncide assez souvent avec l'alcoolisme, mauvais état intestinal, et abus du tabac.

Le sexe féminin est plus fréquemment atteint, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Les malformations congénitales telles qu'états fissuraires ou scrotale de la langue, que présentent souvent les malades, et que l'on est en droit de regarder comme des causes prédisposantes. Pas d'hérédité.

On peut l'attribuer aussi à une alimentation défectueuse.

M. le Professeur Loeper reporte cette affection à la gastrite desquamative.

L'excès de viande et souvent de viandes fortes et conservées, l'excès de vin, l'excès de café, paraissent responsables d'un grand nombre de ces accidents.

PATHOGENIE

Nous retiendrons actuellement le rôle des affections digestives qui sont favorisées par les malformations congénitales de la langue : langue scrotale et fissuraire, et l'alimentation défectueuse.

Nous ne nous attarderons pas à discuter ce point encore si obscur. On a émis autrefois deux opinions que nous sommes obligés de réfuter en quelques mots, car si elles étaient vraies, elles auraient des conséquences thérapeutiques de la plus grande importance, et nous pouvons affirmer sans crainte son extrême bénignité et qu'elle ne se complique jamais d'épithéliome.

Nous voulons parler de deux théories :

La première théorie de Parrot, qui faisait de cette affection une syphilide desquamative symptomatique de la syphilis héréditaire, mais actuellement, aucun auteur n'admet plus l'origine syphilitique pure et tous sont d'accord pour rejeter cette idée.

La deuxième théorie de Besnier, qui considère la desquamation marginée aberrante de la langue comme eczéma en aires. Nous ne saurions regarder cette affection comme un eczéma. Elle n'en a ni l'aspect, ni l'évolution, ni les phénomènes subjectifs.

Nous ferons mieux d'avouer que c'est une maladie étrange, dont la pathogénie nous échappe encore et qu'aucune des hypothèses émises sur sa pathogénie : syphilide, affections parasitaire, streptococcique, eczéma de la langue, etc., ne nous paraît à l'heure actuelle possible à soutenir.

Nous supposons que cette maladie survient en général avec les troubles de la sensibilité gastrique, souvent due, d'après M. le Professeur Loeper, aux gastrites desquamatives.

En feuilletant nos observations, on peut se rendre compte de la coïncidence frappante des développements des crises de glossite avec les troubles digestifs, gastriques ou intestinaux, souvent les deux associés. Plus particulièrement avec les crises d'hyperchlorhydrie dont on connaît les retentissements si fréquents sur l'intestin. Il semble vraiment qu'il s'agisse d'un processus parallèle, d'ordre peut-être réflexe vasosympathique se manifestant à la fois par une desquamation gastrique et une desquamation linguale.

L'histologie même de la glossite exfoliante nous montre une exsudation leucocytaire miliaire qui, très vraisemblablement, est le fait de troubles vaso-moteurs d'ordre réflexe. Nous ne pouvons mieux faire que de comparer les phénomènes critiques passagers de la glossite (desquamation épithéliale accompagnée d'afflux leucocytaire) avec les desquamations épithéliales, avec l'afflux leucocytaire sous-muqueux et quelques fois intra-gastrique de gastrites desquamatives décrits par M. le Professeur Loeper.

Il est certain malgré tout que si cette hypothèse séduisante est logique, nous ne pouvons pas en apporter la preuve absolue, toutes les gastrites desquamatives ne s'accompagnant pas de glossite exfoliatrice marginée. Il faut donc sans doute une addition de causes pour provoquer ce phénomène et l'on pourrait invoquer ici l'association, comme cause prédisposante de la syphilis héréditaire (fréquence de langue scrotales et fissuriques) et des troubles endo-crinien vago-sympathiques (Levy-Franckel et Juster).

TRAITEMENT

S'il s'agit d'enfants on s'occupera d'hygiène générale et alimentaire. Après chaque tétée ou repas, laver la bouche avec une solution tiède de borate de soude.

Chez les adultes on s'occupera de l'état du tube digestif. Proscrire le tabac, l'alcool, les mets trop épicés, l'excès de viandes fortes et conservées, le café, salades, poisson, choucroute.

Prescrire une médication interne appropriée.

Hygiène de la bouche : traiter les dents cariées et les chicots; faire plusieurs fois par jour, surtout après les repas, des bains de bouche tièdes avec une solution de borate de soude.

Les dentiers également devraient être brossés après chaque repas et placés, la nuit, dans l'eau légèrement antiseptisée (trop souvent les malades les conservent nuit et jour).

On peut obtenir la guérison à la suite d'hygiène générale et alimentaire.

CONCLUSIONS

1° La glossite exfoliatrice marginée n'a aucune relation directe avec la syphilis, dont seule une influence indirecte et lointaine pourrait être, à la rigueur, soutenue, mais sans qu'aucune thérapeutique utile puisse en découler.

2° Cette glossite est manifestement en rapport dans son apparition et dans le déclenchement de ses crises, avec un trouble gastrique ou intestinal évoluant parallèlement.

3° Une sensibilité spéciale de la muqueuse linguale et de la muqueuse gastrique, peut-être même de toute la muqueuse des tractus digestif, paraît être à la base du déclenchement des crises.

Glossite desquamative et gastrite desquamative, semblent être les deux manifestations parallèles d'un même processus.

Vu : le Président de thèse,
M. LÉPER.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ALIBER. — Desquamation épithéliale de la langue.
Gaz. des Hôpitaux, 1875, p. 806.

BERGERON. — *Société médicale des hôpitaux*. Séance
du 11 mai 1864.

BESNIER. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 6 février 1889, p. 321.

Ernest BESNIER, L. BROcq, L. JACQUET. — *La Pratique
Dermatologie*.

BETZ. — Ueber chronische Exkorationem auf der
Zunge der Kinder. *Journal für Kinderkrankheiten*.
Bd XX, S. 190, Erlangen, 1853.

BEURMANN et RAMOND. — Glossite exfoliatrice margi-
née ambulante. *Bull. Soc. de Dermatologie et Syphi-
lig*. Séance du 3 juillet 1902, p. 372.

BOHM. — *Sammlung Klin. Vorträge*, Leipzig, 1899,
n° 249, p. 1467.

BRIDOU. — Sur une affection innommée de la mu-
queuse linguale. Thèse de Paris, t. III, 1872.

BROCQ. — *Dermatologie pratique. Desquamation marginée aberrante de la langue*, t. II, p. 607, 1907.

C. CALDERONE. — Glossite areata chronica. *Giornale Ital. delle mal. ven. e della pelle*, 1906.

DU CASTEL. — Langue géographique. *Bull. de la Société Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 26 avril 1897.

COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, p. 382, 1892.

DESAUX. — Contribution à l'étiologie des glossites desquamatives en aires. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Séance du 15 janvier 1931, p. 61.

FOURNIER. — Leçon clinique.

GASPARY. — Ueber flüchtige plaques der Zungenschleimhaut. *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880, s. 183, avec chromo-lithographie.

GASTOU. — Deux cas de glossite exfoliatrice marginée. *Bull. de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, Paris, 1894, S. 3, V. 62-67.

GUBLER. — Article Bouche du dictionnaire Dechambre. Etat lichénoïde de la langue, première série, T. X., p. 234.

GUINON. — *Revue des maladies de l'enfance*, sept. 1887.

LEMONNIER. — Glossite exfoliatrice marginée. Thèse de Paris, 1883, n° 251.

LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. — Le système sympathique et les glandes endocrines dans la glossite exfoliatrice marginée. *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.* Séance du 6 avril 1922, p. 163.

LÉPER. — Leçons de pathologie digestive, 4^e série, 1919.

MARSCHIK. — Fall von Lingua geographica. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. Berlin, Wien 1924, p. 651.

MOELLER. — Klinische Bemerkungen ueber einige Weniger bekannte Krankheiten der Zunge. *Deutsche Klinik*. Bd III. S. 273, Berlin, 1851.

PARROT. — La syphilis desquamative de la langue. *Progrès Médical* du 12 mars 1881, n° 11.

PARROT. — Réponse de M. le P^r Parrot à une lettre de M. Vanlair dans le *Progrès Médical*, 11 juin 1881, p. 471.

RAYER. — Traité des maladies de la peau, t. II, p. 167. Paris, 1831.

RIMÉ. — La glossite exfoliatrice marginée. *Paris Médical*, 6 mars 1926, p. 235.

SANTLUS. — *Journal für Kinderkrankheiten*. Bd. XXIII, S. 161, Erlangen, 1854.

UNNA. — Ueber Kreisfleckige exfoliation der Hohlhand und der Zunge (exfoliatio areata plamae manus et

exfoliatio areata linguae) Vierteljahrressch, für dermatologie und syphilis, 1881, s. 295.

VANLAIR. — Du lichénoïde lingual. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 4^e année, janvier et mars 1880, p. 51 et p. 227. Paris, planches gravées.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Synonymie	17
Symptomatologie	19
Pronostic	27
Diagnostic	29
Observations	33
Anatomie pathologique.....	41
Etiologie	45
Pathogénie	49
Traitement	53
Conclusions	55
Bibliographie	57

imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris

